



↳ **ELEVE** :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ lieu : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone du domicile : \_\_\_\_\_

**OBSERVATIONS PARTICULIERES** :

Traitement, régime alimentaire, inaptitude au sport (joindre un certificat médical)

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

↳ **PARENTS** :

Adresse email : \_\_\_\_\_

**Père** Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Tél entreprise : \_\_\_\_\_ Tél portable : \_\_\_\_\_

**Mère** Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Tél entreprise : \_\_\_\_\_ Tél portable : \_\_\_\_\_

**Responsable légal** : \_\_\_\_\_

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone portable : \_\_\_\_\_

**Nom et adresse du 2ème parent en cas de séparation** : \_\_\_\_\_

↳ **AUTORISATION PARENTALE** :

Dans le cadre des activités ou sorties scolaires , j'autorise la directrice ou l'enseignant(e) à prendre en cas d'urgence, toutes les décisions de transport, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale jugées indispensables, en raison de l'état de santé de mon enfant.

↳ **UTILISATION DES PHOTOS** :

autorise les enseignantes de l'école Saint-Augustin à diffuser des photos de mon enfant prises dans le cadre d'activités scolaires.(utilisation pour le blog de l'école)

refuse que les enseignantes diffusent toutes photos de mon enfant.

La famille a pris connaissance du document et déclare les renseignements exacts.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_